

Národní Program Komplexní Interní Péče (NPKIP). Interna jako páteří obor zdravotního systému ČR

Za pracovní skupinu výboru a krajských konzultantů České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně vypracovali: R. Češka, K. Horký, L. Kotík, M. Souček, J. Václavík, J. Widimský jr.

Preambule

Předložený program má za cíl zlepšení zdravotní péče v realitě naší země na počátku 3. tisíciletí. Touto realitou je prodlužování věku, tedy stárnutí populace, epidemie metabolických, kardiovaskulárních i dalších neinfekčních onemocnění a suboptimální ekonomická situace. Řešením zdravotní situace významně polymorbidní populace je především komplexní přístup široce orientovaného specialisty, který staví na kvalitně vybudovaném systému primární péče a využívá superspecializované (nákladné) péče v přesně specifikovaných situacích.

Poslání a cíle programu

Prvním cílem předloženého programu je, ve spolupráci především s všeobecnými praktickými lékaři i specialisty dalších oborů, včas vyhledávat polymorbidní nemocné a zajistit jim komplexní péči. Velký důraz je kladen na včasnost odhalení nemoci i jejich rizikových faktorů, a tím na prevenci (a vyhledávání) komplikací a polymorbidit. Akceptování programu a jeho uvedení do klinické praxe umožní i nezbytnou kontrolu kvality poskytované péče.

Východiska

V posledních desetiletích dochází k trvalému prodlužování věku v České republice, který nyní dosahuje 74,7 roku u mužů a 80,7 roku u žen.

Tento jistě pozitivní trend je spojen s nárůstem polymorbidit. Celá řada osob se dožívá vyššího věku i proto, že současná úroveň medicíny umožňuje

přežití navzdory řadě současně se vyskytujících onemocnění.

Nelze přehlédnout narůstající epidemii neinfekčních onemocnění (kardiovaskulární, metabolická, nádorová i další), která postihuje miliony nemocných.

1. Interna jako páteří obor českého zdravotnictví

Interna je páteřním oborem nechirurgické lůžkové sekundární a terciární péče zdravotního systému České republiky. Disponuje 10 091 lůžky na 150 odděleních. Na interně bylo hospitalizováno v roce 2011 celkem 387 930 případů, počet ošetrovacích dnů byl 2 695 766 při průměrné ošetrovací době 6,9 dne. Nelze říci, že by interna byla čistě geriatricky zaměřená, protože procento případů ve věkové skupině starších 65 let bylo 63,7 %. Lékařů internistů je v současné době 3 565.

2. Stárnutí populace a polymorbidita

V posledních desetiletích dochází k trvalému prodlužování věku v České republice, který nyní dosahuje 74,7 roku u mužů a 80,7 roku u žen. To se odráží i ve stoupajícím průměrném věku všech hospitalizovaných, který se za posledních 25 let zvýšil ze 40,0 na 48,6 let (1986–2011).

Jistě pozitivní trend prodlužování průměrného věku v naší zemi je spojen s nárůstem polymorbidit, neboť celá řada osob se dožívá vyššího věku právě proto, že současná úroveň medicíny umožňuje přežití navzdory řadě současně se vyskytujících onemocnění.

Nelze také přehlédnout narůstající epidemii neinfekčních onemocnění (kardiovaskulární, metabolická, nádorová i další), která postihuje miliony nemocných. Jen hypertenzí trpí 1 800 000 osob, diabetes mellitus má 800 000 osob, podobně jako ischemickou chorobu srdeční, kritéria tzv. metabolického syndromu splňuje asi 1/3 dospělé české populace. Polovina osob nad 65 let má přinejmenším 3 koexistující chronické choroby, 1/5 jich má dokonce 5 nebo více. I statistické údaje potvrzují, že nejčastější onemocnění, pro která jsou nemocní na interně hospitalizováni (onemocnění kardiovaskulární a gastroenterologická), jsou téměř ve 2/3 provázaná koexistující nebo významně prognózu ovlivňující komorbiditou.

Polymorbidita je problémem současné stárnoucí populace. Je tedy zřejmé, že v současné medicíně je možné dvojí směřování. Jednou cestou je budování stále specializovanějších lůžkových oddělení a posílení počtu ambulantních specialistů tak, aby o každé onemocnění bylo postaráno na předpokládané nejvyšší možné úrovni. Bude to cesta drahá, pacient nebo konziliáři se budou přesunovat mezi odděleními nebo ambulancemi, povede k polypragmzii a vynaložené prostředky se neodrazí v lepším zdravotním stavu pacientů.

Druhou možností je v nemocniční péči složit tým lékařů tak, aby zde byli všeobecně vzdělaní internisté společně s lékaři se specializací v kardiologii, diabetologii a dalších oborech interní medicíny. Tento způsob péče na

Pacientem ambulantního internisty je především polymorbidní pacient, který má nejmeně 2–3 závažná onemocnění, nebo pacient s jedním onemocněním, které je komplikované nebo diagnosticky či terapeuticky složité. Pacientem internisty budou i nemocní, u kterých základní diagnostický postup nepovede ke stanovení diagnózy a je vyžadován složitější diagnostický postup.

Internista:

- převezme nemocného komplexně do své péče a dispenzarizuje ho po dohodě s VPL,
- nemocného konziliárně vyšetří a odesílá po stanovení diagnózy zpět do péče praktického lékaře (kontrola u internisty dle potřeby),
- odesílá nemocného do trvalé péče praktického lékaře s tím, že nemocný bude kontrolován 1krát za 6 měsíců až 1krát za rok u internisty,
- pečuje o nemocného, ale toho současně odesílá k superkonziliárním vyšetřením, především zobrazovacím metodám, invazivním výkonům, k superspecialistovi,
- předává do péče superspecialisty,
- odesílá nemocného k hospitalizaci.

Příloha 1. Pacient v péči ambulantního internisty.

Příjem nemocných

V nemocnicích různého typu jsou budována příjmová oddělení, ta mohou mít charakter centrálního příjmu společného pro chirurgické i nechirurgické obory, nebo v mnoha nemocnicích vzniká tzv. společný příjem interních nemocných. Toto oddělení (resp. nechirurgická část centrálního příjmu) musí být plně v gesci interního oddělení dané nemocnice, nebo bude samostatným interním příjmovým oddělením. Pacient se na toto oddělení může dostat následujícím způsobem:

1. odeslán ošetřujícím lékařem,
2. přivezen RZP,
3. přichází sám při zhoršení zdravotního stavu.

Příjem:

1. diferenciální diagnostika obtíží stanovení pracovní diagnózy,
2. provedení základních diagnostických a terapeutických opatření,
3. zahájení léčby,
4. rozhodnutí o přijetí, či nepřijetí k hospitalizaci,
5. rozhodnutí o směřování pacienta podle typu onemocnění/zaměření oddělení,
6. urgentní případy, transport, superspecializovaná péče.

Lůžkové oddělení

Pacient je přijímán na lůžkové oddělení, které může být obecně interní, diagnostické i terapeutické, oddělení může být oborově zaměřené.

Příjem na lůžkové oddělení:

1. akutní situace, urgentní příjem, někdy přímo RZS,
2. doporučení ošetřujícího lékaře,
3. překlad z jiného oddělení nemocnice.

JIP

1. koronární jednotka,
2. jednotka intenzivní metabolické péče,
3. víceoborová JIP,
4. superspecializovaná JIP.

Příloha 2. Pacient na interním nemocničním lůžku.

společném lůžkovém zařízení vede ke vzájemnému předávání znalostí a zkušeností, a roste tak schopnost všech zúčastněných pečovat o polymor-

bidně nemocného. Tento trend odpovídá i současným snahám vytvářet tzv. společný lůžkový fond pro řadu příbuzných oborů. Takové oddělení se může

jmenovat jakkoliv, např. „Společný lůžkový fond interních oborů“, a internisté zde budou mít rozhodující úlohu.

Jsou to právě zkušení internisté vycházející z takto koncipovaných interních oddělení, kteří jsou schopni se následně starat o polymorbidní nemocné v ambulantní péči.

Většina pacientů ve věku nad 65 let nevyžaduje tedy jen specializovanou péči, ale potřebuje chápání jejich onemocnění v širších souvislostech a stanovení léčebných priorit. Z toho vyplývá, že pro většinu těchto nemocných je optimální být hospitalizován na oddělení, kde je vyvážená péče o celou zdravotní problematiku, tedy především na odděleních interních s vhodnou skladbou specialistů.

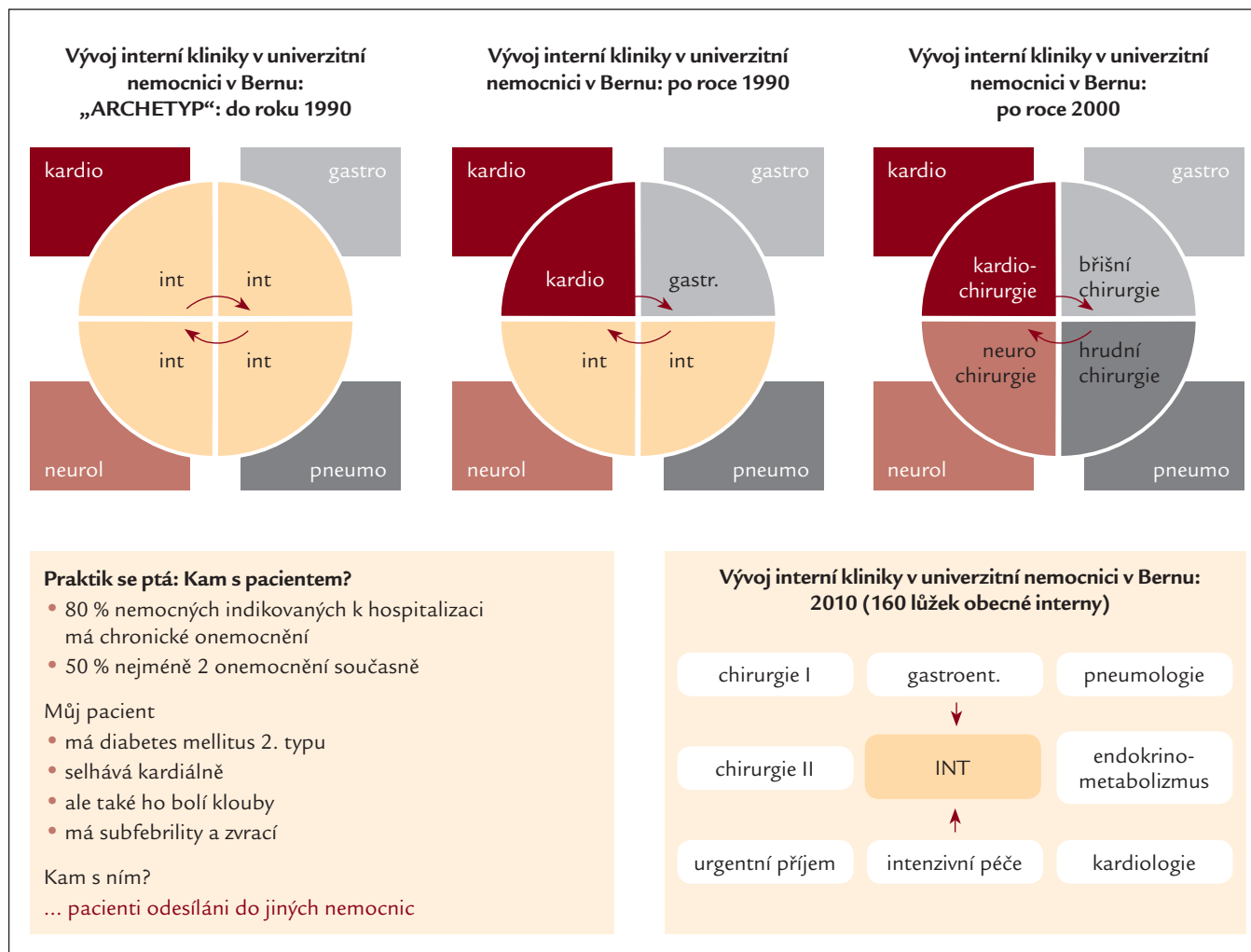
3. Interna jako obor

Vnitřní lékařství, interna, je základním oborem sekundární a terciární péče v nechirurgických oborech. Zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací, posudkovou činností i výzkumem vnitřních nemocí.

Je multidisciplinárním oborem, úzce navazujícím a spolupracujícím s dalšími obory. Základní charakteristikou interní péče je její komplexnost, která umožňuje péči o polymorbidní dospělé nemocné včetně nemocných vyšších věkových skupin. Má integrační funkci v rámci ostatních oborů, navazuje na obory teoretické i klinické, integruje jejich poznatky a v praxi využívá nových poznatků i výsledků klinického výzkumu i nových diagnostických a léčebných metod.

Interní, specializovaná péče je poskytována lékaři se specializací v oboru, nebo se specializovanou způsobilostí pro vnitřní lékařství, kteří absolvovali alespoň interní kmen a mají praxi na obecné interně celkem 5 let (kmen 2 roky + další praxe 3 roky).

Interní péče je poskytována ambulantně, v ambulancích těchto specialistů, provozovaných samostatně, nebo sdružených s dalšími lékaři, PL i dalšími specialisty s návazností na komplement.



Příloha 3. Švýcarská zkušenost.

Lůžková interní péče je poskytována na lůžkových interních odděleních s akreditací I. nebo II. typu, v nemocnicích regionálních, krajských, městských a fakultních.

Interní péče je poskytována i v rámci dalších oddělení, především oddělení, která jsou převážně superspecializovaná, nicméně část kapacity (např. ve fakultní nemocnici i z výukových důvodů) je využívána jako „obecná interna“.

3.1 Nemocniční interna

3.1.1 Příjem nemocných (urgentní, akutní, plánovaný)

V nemocnicích různého typu (regionální, fakultní) budou budována příjmová oddělení, ta mohou mít charakter centrálního příjmu, společného pro chirurgické i nechirurgické obory, nebo v mnoha nemocnicích vzniká tzv. společný příjem interních nemoc-

ných. Toto oddělení (resp. nechirurgická část centrálního příjmu) musí být plně v gesci interního oddělení dané nemocnice, nebo bude samostatným interním příjmovým oddělením. Jeho základní funkcí je totiž široká diferenciální diagnostika interních oddělení, která nemůže zůstat v rukou superspecialisty. Superspecialisté budou samozřejmě na takovém oddělení pracovat jako konziliáři. Součástí týmu příjmového oddělení bude lékař intenzivista. Toto příjmové oddělení má kromě komplexní léčebné preventivní péče i významnou úlohu při postgraduální výchově lékařů zařazených do interny i oborů blízkých. Na příjmu lze v některých případech směřovat pacienta přímo na specializované oddělení, pokud je v nemocnici dostupné, nebo je třeba nemocného přijmout ke komplexní diagnostické a léčebné péči na

interní oddělení orientované obecně. Ve specifických případech je třeba zajistit urgentní transport na superspecializované pracoviště, které disponuje vybavením i týmem potřebným pro zajištění optimální péče (MRI, katetrizační sál, tým).

3.1.2 Lůžková péče

Význam interny v systému zdravotnictví dokumentuje i to, že nejvíce pacientů je každoročně hospitalizováno právě na interních odděleních nemocnic. V roce 2011 zde bylo průměrně denně léčeno 7,4 tisíce pacientů, t.j. 18,4 % poskytnuté péče nemocnic z hlediska počtu ošetřovacích dní (po interních odděleních následují s průměrným počtem 5,3 tisíce hospitalizovaných pacientů denně – 13,2 % – chirurgická oddělení) a celkem bylo na interních odděleních v průběhu téhož roku ukončeno

Tab. 1. Hospitalizace v nemocnicích podle oddělení v ČR 2011 (převzato dle ÚZIS).

Oddělení	Počet		Průměrná ošetřovací doba	Počet případů ve věkových skupinách		Počet případů ve věkových skupinách v %	
	Případů hospitalizace	Ošetřovacích dnů		0–14	65+	0–14	65+
interna	387 930	2 695 766	6,9	219	246 955	0,1	63,7
kardiologie	61 507	253 951	4,1	1	35 762	0,0	58,1
revmatologie	1 860	24 386	13,1	–	766	–	41,2
diabetologie	1 671	16 415	9,8	–	584	–	34,9
gastroenterologie	6 157	40 357	6,6	7	2 919	0,1	47,3
geriatrie	6 479	99 813	14,4	–	5 829	–	90,0
pneumologie a ftizeologie	39 422	329 720	8,4	1	20 708	0,0	52,5
nefrologie	3 991	22 606	5,7	–	1 436	–	36,0
klinická hematologie	5 239	44 126	8,4	–	1 797	–	34,3

387,9 tisíc hospitalizací (17,7 %) s průměrnou ošetřovací dobou 6,9 dne. Mezi pacienty interních oddělení v 63,7 % převažovaly osoby ve věku 65 a více let a průměrný věk dosahoval téměř 68 let. Na interních odděleních se pacienti nejčastěji léčili pro nemoci oběhové soustavy (36,5 %) a dále onemocnění trávicí soustavy (11,5 %) a nemoci dýchací soustavy (10,1 %).

Na lůžkové interní oddělení jsou pacienti přijímáni v zásadě trojím způsobem:

1. Akutní situace, obvykle cestou příjmového oddělení v nemocnici, některé urgentní situace bypassují příjmové oddělení a obvykle za spolupráce s RZS jsou nemocní přijímáni přímo na jednotky intenzivní péče (i oborově specializované).
2. Druhou možností příjmu na interní oddělení je přijetí na doporučení ošetřujícího lékaře v situaci, kdy není stanovena jednoznačně orgánově specifická diagnóza, nebo v případě, že v nemocnici není dostupné superspecializované oddělení. Na obecné interní oddělení je rovněž přijímán nemocný s orgánově specifickým postižením, u kterého je současně významná polymorbidita.
3. Na interní oddělení je překládán pacient z jiných oddělení nemocnice včetně oddělení superspecializovaných, v případě, že došlo k rozvoji komplikací a převážila problema-

tika komorbidit či obecně interní problematika.

3.1.3 JIP

Pokud jde o intenzivní interní péči, bude obor spolupracovat s dalšími odbornostmi, především s kardiologií a intenzivní medicínou. Na interních odděleních budou existovat jednotky intenzivní péče nejčastěji trojího typu (i když většinou specializované JIP budou při specializovaných odděleních a na menších interních odděleních budou naopak univerzální JIP):

1. Budou to jednotky koronární ve větších nemocnicích optimálně jako součást kardiocentra s dostupností katetrizačního sálu i kardiochirurgie.
2. Jednotky intenzivní a metabolické péče budou poskytovat léčebně-preventivní péči pacientům s metabolickými chorobami v ohrožení života. Dále také pacientům v kritickém stavu, pokud nebude specializovanější péče indikována nebo nebude dostupná. Bude na nich řešena i otázka intoxikací, těžkých metabolických rozvrátů a úpravy vnitřního prostředí. Některé budou úžeji specializované např. na poskytování enterální a parenterální výživy.
3. V některých nemocnicích, na menších interních odděleních, mohou vznikat víceoborové jednotky intenzivní péče. Je otázkou dalšího vývoje, jak budou tato menší oddělení in-

tenzivní péče organizována v té které nemocnici v budoucnosti.

Samozřejmě, že pod pojmem interní jednotka intenzivní péče si nebudeme představovat pouze výše zmíněné typy, ale současně budou existovat i interní JIP oddělení zaměřená nefrologicky, hematologicky. Znovu je třeba zdůraznit multioborovou spolupráci kromě výše zmíněných oborů např. v péči o cévní mozkové příhody s iktovými centry.

Tab. 1 a 2 jsou dokladem toho, že interna jako obor disponuje dostatečným lůžkovým zázemím pro splnění výše vymezených úkolů. Naopak představa masivnějšího přesunutí péče na superspecializovaná oddělení by znamenala významnou restrukturalizaci lůžkového fondu oproti jeho současné podobě (jednalo by se jak o technické vybavení, tak především o personální obsazení, protože současné počty superspecialistů by nemohly naplnit nově vznikající superspecializovaná centra).

3.2 Ambulantní interna

Ambulantní internista má v péči všechny nemocné, kteří jsou polymorbidní a pro závažnost a komplikovanost svého onemocnění přesahují kapacitu péče praktického lékaře. Na druhé straně však nevyžadují péči superspecialisty. Příkladem takového pacienta budiž diabetik 2. typu s vyvinutými komplikacemi, který vyžaduje kombinační léčbu PAD,

Tab. 2. Oddělení nemocnic podle oborů ČR 2011 (převzato dle ÚZIS).

Oddělení	Počet oddělení	Lékaři (přepočtený počet)		Lůžka	
		Absolutně	Na 100 lůžek	Absolutně	Na 10 000 obyvatel
interna	150	1 711	16,95	10 091	9,61
kardiologie	20	290	26,66	1 089	1,04
revmatologie	3	14	15,65	89	0,08
diabetologie	2	21	37,54	57	0,05
gastroenterologie	5	36	22,33	159	0,15
geriatrie v akutní péči	11	42	9,67	430	0,41
pneumologie a ftizeologie	42	222	15,96	1 390	1,32
nefrologie	3	23	25,80	88	0,08
klinická hematologie	7	53	27,95	190	0,18

není však indikován k intenzifikované léčbě inzulinem či analogy.

Internista využívá konziliárního vyšetření u superspecialisty (včetně možnosti instrumentálního vyšetření, jakými jsou gastroskopie či echokardiografie). Dlouhodobě a pravidelně však o nemocného pečují internista.

Internista slouží také jako konziliární lékař pro praktického lékaře, kterému pacienta po navržení terapie vrací do pravidelné péče.

Zvláštní postavení budou mít internisté, kteří mají současně se všeobecnou internou i další superspecializaci typu internista-endokrinolog, internista-angiológ apod.

Ambulantní interna zastřešuje i některé komplexní programy, jako je např. systém center pro léčbu tabákové závislosti.

3.3 Primární péče

Perspektivně by bylo vhodné, kdyby všeobecný internista alespoň částí své pracovní náplně přesáhl i do oblasti primární péče. I když je cesta rekvalifikace z vnitřního lékařství na praktického lékaře v současné době usnadněna, je třeba přijmout opatření k přímému vstupu internistů (alespoň některých vybraných) přímo do primární péče.

3.4 Superspecializace

Z původního oboru vnitřního lékařství se oddělily samostatné „superpecializované“ obory, pro které zůstává s inter-

nou v současné době společný, prakticky ve všech případech interní kmen ve vzdělávání, další náplň se však již začíná lišit.

Pro některé (ambulantní) internisty může být i v budoucnosti zajímavá výše zmíněná představa „internista +“, tedy např. internista-diabetolog, internista-revmatolog apod.

Superspecializované obory budou internisty využívány ke konziliárnímu a superkonziliárnímu vyšetření, někteří oborově/orgánově specifictví nemocní mohou být předáváni do trvalé péče superspecialisty. Pokud jde ale pouze o superkonziliární vyšetření (spojené třeba s instrumentálním vyšetřením a jeho interpretací), bude nemocný nadále v péči internisty. Ten by také měl mít možnost předepsat veškerou doporučenou medikaci (viz níže).

4. Spolupráce s dalšími obory

Interna jako základní interní obor spolupracuje a bude spolupracovat především s obory, které z ní vzešly a z nichž některé jsou již zcela samostatné. Patří sem zejména tyto obory: angiologie, diabetologie, endokrinologie, ftizeologie, gastroenterologie, gerontologie, geriatrie, hematologie, hepatologie, kardiologie, nefrologie, obezitologie, onkologie, pneumologie, revmatologie a dále obory zabývající se aterosklerózou, hypertenzí, léčbou a studiem bolesti, metabolickým onemocněním skeletu, metabolickým syndromem, kli-

nickou výživou a intenzivní metabolickou péčí, transplantační léčbou a další.

Je třeba, aby všichni i superspecialisté měli kvalitní interní základ, který by měl zaručit minimálně společný interní kmen.

Interna je oborem, který je ze své podstaty založen na multioborové spolupráci. Jak ambulantně, tak v nemocniční péči bude interna spolupracovat nejen s obory zmíněnými výše, ale také s obory chirurgickými. Tato spolupráce musí být ale maximálně vyvážená, interní oddělení řeší problematiku interních onemocnění a nemůže sloužit k doléčování stavů po operaci ani není oddělením observačním pro chirurgický obor.

4.1 Preskripce a její omezení

Internista je lékař specialista, jeho specializací je diagnostika a léčba. Těžiště terapie v interně leží v oblasti farmakoterapie, proto je nezbytné, aby měl internista k dispozici co nejširší armamentarium léků. Je třeba zajistit, aby se preskripční omezení netýkala interny. Všechny léky (s výjimkou léků centrových), které předepisují obory původně z interny vzešlé, musejí být dostupné internistovi. S tím souvisí i odpovídající rozpočet finančních prostředků.

5. Vzdělávání

Vzdělávání internisty se znovu dělí do několika oblastí. Základem je interní kmen s následnou přípravou pro práci internisty stanovenou akreditační ko-

misí pro obor vnitřního lékařství. Je samozřejmě možné, aby atestovaný internista získal další kvalifikaci a stal se výše zmiňovaným „internistou“.

Aniž by tento materiál chtěl zasahovat do kompetencí dalších oborů, je potřeba zdůraznit na tomto místě fakt, že z hlediska zajištění komplexní kvalifikované péče je nezbytná široká interní příprava i pro mnohé další obory. Tato široká příprava navíc zajistí vyšší mobilitu pracovní síly lékaře mezi jednotlivými obory.

Medicína je samozřejmě jedním z oborů, které vyžadují celoživotní vzdělávání, a toto akreditované vzdělávání musí být vyžadováno i od lékařů internistů.

6. Ekonomické aspekty

Interní péče, a to jak ambulantní, tak lůžková přináší nezanedbatelné ekonomické profity. Ve srovnání se superspecializovanou péčí je úspora jednoznačně ve snížení počtu návštěv u lékaře (pokud 4 nemoci pacienta vyřeší 1 lékař, je to jistě ekonomičtější, než když pacient navštíví 4 zdravotnická zařízení – s každou chorobou zvlášť). Je jistě i k další ekonomické úvaze, nakolik každá návštěva superspecialisty bude indukovat další vyšetření (která byla třeba již úvodně provedena, specializovaná vyšetření a možná i preskripci navíc). Preskripcí léků pouze jedním lékařem povede k omezení polypragmatie. Internista musí být ale dostatečně ekonomicky zajištěn (ať už se jedná o ambulantní nebo lůžkové zařízení), aby nebyl limitován v indikaci racionálního diagnostického či terapeutického postupu, který vyžaduje u superspecialisty. Je třeba znovu zdůraznit, že síť interních zařízení je ve srovnání s ostatními specializovanými zařízeními řádově největší a její restrukturalizace směrem k vysoce specializovaným oddělením by byla nesmírně nákladná. Toto tvrzení však neznamená, že by neměla superspecializovaná zařízení vznikat v případech, kdy si jejich vznik vynutí přímo vývoj oboru a znalostí.

7. Rozvoj, výzkum a vývojové trendy ve vnitřním lékařství

7.1 Hlavní programy oboru

Obor vnitřního lékařství přispívá k realizaci programů superspecializovaných oborů svou integrační funkcí. Jednotlivé související obory se zabývají patogenetickými jednotkami do větší hloubky, zatímco obor vnitřní lékařství je spojuje do funkčního celku, který slouží zejména jejich integraci a diferenciální diagnostice. Hlavními programy jsou zaměření na primární a sekundární prevenci onemocnění hromadného výskytu (hypertenze, ischemická choroba srdeční, ateroskleróza, diabetes mellitus, hyperlipoproteinémie, kolorektální karcinom, onemocnění dýchacích cest včetně astmatu bronchiálního atd.), jejich vzájemné sdružení a multiorgánové postižení, stejně tak jako podíl na realizaci programů souvisejících interních oborů.

7.2 Priority výzkumu, výzkumná pracoviště

Výzkum ve všech úsecích vnitřního lékařství je důležitým předpokladem pro další rozvoj oboru. Je realizován především ve fakultních nemocnicích, lékařských fakultách, v odborných a léčebných ústavech MZ ČR a interních odděleních regionálních nemocnic.

Ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi předkládají návrhy na doporučení diagnostických a léčebných postupů (guidelines) a návrhy na metodické pokyny.

7.3 Systém kontroly kvality poskytované péče v oboru

Na odborné kontrole úrovně poskytované léčebné péče by se měly podílet i odborné společnosti a ČLK, včetně práva na udělení nebo odejmutí funkční licence v dané odbornosti.

7.4 Srovnání oboru se zahraničím

Vnitřní lékařství v ČR má podobné problémy jako v zahraničí. Vývoj směrem k dalšímu členění na superspecializace již v řadě zemí proběhl. Tam, kde došlo k přehnanému zdůraznění péče orientované na specialisty, došlo ke snížení

efektivity vynaložených prostředků bez odpovídajícího zlepšení ukazatelů zdravotního stavu. Efektivita je dokonce tím horší, čím větší je počet specialistů na počet obyvatel (viz příloha prezentace). V řadě států (např. v USA a SRN) nastal již opačný vývoj s důrazem na všeobecné znalosti internisty s mottem „Internista – lékař pro všechny Vaše potíže“. Z tohoto hlediska se jeví jako nanejvýš důležité v budoucnu zařadit internisty do systému primární péče pro komplikované a polymorbidní nemocné.

Je třeba připomenout, že asi 70 % nemocným s interními chorobami může kvalifikovanou péči poskytnout široce erudovaný internista a pouze 30 % nemocných vyžaduje odbornou péči superspecialistů, a to především tam, kde je potřeba invazivních a intervenčních výkonů.

Možno konstatovat, že odborná úroveň vnitřního lékařství v oblasti nemocniční péče je v současnosti srovnatelná se zahraničními pracovišti.

7.5 Očekávané trendy v příštích letech

Budou zaváděny stále nové diagnostické a léčebné metody s použitím moderních a ekonomicky náročných technologií.

Lze očekávat pokračující trend ke zvyšování průměrného věku a stárnutí populace, a tím i narůstání nároků na péči v oblasti vnitřního lékařství.

Proto bude třeba pečlivě zvážit očekávané snižování počtu akutních, neprofilovaných interních lůžek, přesun péče na profilované JIP a lůžka interních podoborů, včetně přesunu péče do ambulantních zařízení a zřizování stacionářů.

V ambulantní péči předpokládáme uplatnění internistů jako lékařů primární péče, což bude levnějším řešením pro narůstající potřeby polymorbidní a stárnoucí populace, sníží nutnost opakovaných návštěv jednotlivých specialistů a tendenci k polypragmatii.

8. Mezinárodní spolupráce

Česká internistická společnost zaštiťuje spolupráci české interny v rámci Evropské federace interní medicíny. Důkazem této spolupráce může být Evropský inter-

nistický kongres pořádaný v Praze v roce 2013 i pravidelná spolupráce pracovní skupiny mladých internistů v rámci letní i zimní školy interní medicíny. Dílčí mezinárodní spolupráce je navázána i mezi jednotlivými fakultními i regionálními interními odděleními a partnerskými organizacemi v zahraničí.

Česká interna vychází z doporučení EFIM i při realizaci některých základních programů této evropské organizace. Příkladem budiž vytvoření systému péče o nemocné se vzácnými onemocněními v dospělém věku (program Rare Diseases).

Závěr

Interna, vnitřní lékařství, se může významně podílet v rámci svých kompetencí a ve spolupráci s registrujícím VPL na komplexní péči o pacienty trpícími v primární péči nevládnutelnými interními onemocněními. Poskytuje tak českému zdravotnímu systému možnost dalšího rozvoje komplexní péče o stár-

noucí polymorbidní populaci. Cesta, kterou nabízí interna, je reálná, ekonomicky schůdná, vychází z dlouholeté tradice. Již v současné době má vytvořeny personální i materiálně-technické podmínky pro udržení a zlepšení zdravotního stavu naší populace.

Kompletní seznam autorů České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně

prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM, prof. MUDr. Karel Horký, DrSc., FACP (Hon.), prim. MUDr. Luboš Kotík, CSc., prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc., prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc., prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., prim. MUDr. Petr Svačina, prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc., prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., prof. MUDr. Michal Kršek, CSc., MUDr. Jana Lacinová, prim. MUDr. Jan Nedvídek, prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc., prim. MUDr. Jan Nebáznivý, MUDr. Milan Tržil, MUDr. Milan Kuman, MUDr. Jan Václavík, Ph.D., prof. MUDr. Jan Filipovský, CSc., prim. MUDr. Pavel Havránek, MUDr. Jiří Latta, doc. MUDr. Arnošt Martínek, CSc., prim. MUDr. Jaroslav Točík, prim. MUDr. Petr Vojtíšek, CSc., prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc., prim. MUDr. Jaroslav Žák.

Autoři děkují za logistickou podporu při tvorbě programu sekretariátu České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně, který pracoval ve složení: Ing. Tatjana Aleksičová, Ing. Lucie Votavová, Milena Dolejšová.

Programu vyjádřili podporu:

Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
Česká lékařská komora
Česká asociace sester

Vybrané zdroje

Zdravotnická ročenka České republiky 2011 – Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z: <http://ciks.vse.cz/navody/citace.aspx>.

Zdravotnická statistika ČR – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-nemocnicich-cr-2011>.

Koncepce vnitřního lékařství 2005. Dostupné z: <http://www.interna-cz.eu/?pid=50>.

*prof. MUDr. Richard Češka, CSc.,
FACP, FEFIM
www.interna-cz.eu
e-mail: votavova@guarant.cz,
aleksicova@guarant.cz*

Doručeno do redakce: 2. 5. 2013